EXPOSÉ DES TITRES

DU Dr BARTH,

Médecin des Hôpitaux civils de Paris, Agrégé libre de la Faculté de Médecine,
Chevalier de la Légion d'Honneur,
Membre de la Société médicale des Hôpitaux,
Président de la Société médicale d'Émulation,
Membre titulaire et ancien vice-Président de la Société médicale d'Observation
et de la Société Anatomique,
Membre correspondant de la Société de Médecine de Bordeaux
et de la Société médico-chirurgicale de New-York.

EXPOSÉ DES TITRES

DU D[r] BARTH,

Agrégé libre de la Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'hôpital Beaujon, etc.

I.

CONCOURS, SERVICES ET NOMINATIONS

DANS LES HOPITAUX CIVILS ET A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

A. HOPITAUX CIVILS.

Nommé *Interne des hôpitaux* au concours de 1831, dans la première série composée de six élèves, j'ai remporté le premier prix (*médaille d'or*) au concours général des hôpitaux pour l'année 1835, après avoir obtenu le maximum dans toutes les épreuves, et il m'a été accordé, par suite, deux années d'internat au delà du temps ordinaire (*Procès-verbaux des concours*, 1831, p. 101, et 1835, p. 88).

Médecin du Bureau central des hôpitaux, nommé par concours en octobre 1840, le premier à l'unanimité des suffrages; j'ai fait en cette qualité cinq années d'exercice et plusieurs remplacements temporaires dans les hôpitaux comme chef de service.

Médecin de l'infirmerie de la Salpêtrière, du 1er janvier 1846 jusqu'en octobre 1851, j'ai obtenu la médaille du choléra en 1849 (la seule croix d'officier de la Légion d'Honneur donnée au personnel de la Salpêtrière étant dévolue à mon collègue, plus ancien que moi dans les hôpitaux).

Médecin de l'hôpital Saint-Antoine, pendant les trois derniers mois de 1851.

Médecin de l'hôpital Beaujon, depuis janvier 1852.

B. FACULTÉ DE MÉDECINE.

Ancien *Élève de l'École pratique*. — *Docteur* en 1837.

Nommé, la même année, *Chef de clinique de la Faculté*, et attaché en cette qualité, pendant deux années, à M. le professeur Chomel à l'Hôtel-Dieu.

Nommé *Agrégé* dans la section de médecine, au concours de 1838.

Chargé du cours de pathologie interne à la Faculté, en remplacement de M. le professeur Duméril, pendant l'année 1846-47.

Désigné successivement, de 1842 à 1847, pour remplacer M. Chomel, pendant les vacances, à la clinique de l'Hôtel-Dieu, j'ai fait, durant ces services intérimaires, soit des conférences au lit du malade, soit des leçons cliniques à l'amphithéâtre.

Nommé en 1839, par M. Orfila, *Préparateur d'anatomie pathologique au musée Dupuytren*, je me suis efforcé de justifier la haute confiance de l'honorable doyen de la Faculté; par position et par goût, j'ai fait une étude approfondie d'un grand nombre de lésions anatomiques, afin d'en mettre en relief les particularités les plus intéressantes, et j'ai déposé dans les collections du musée une série considérable de pièces relatives aux diverses altérations organiques susceptibles de conservation.

II.

COURS PARTICULIERS.

Depuis 1835 jusqu'en 1840, je n'ai cessé de faire des cours particuliers de *pathologie*, d'*auscultation* et de *diagnostic médical*.

De 1837 à 1850, j'ai fait, presque sans interruption, des *cours* et des *démonstrations d'anatomie pathologique*.

Huit années de séjour dans les hôpitaux, soit comme interne, soit comme chef de clinique, en me permettant de recueillir de nombreux matériaux, puis mes fonctions de préparateur d'anatomie pathologique à la Faculté, en me familiarisant particulièrement avec ce genre de recherches, et plus tard enfin ma position de médecin à l'infirmerie de la Salpêtrière, en me fournissant des éléments nombreux et variés des différentes lésions du corps humain, toutes

ces conditions m'ont mis à même de faire un enseignement pratique suivi, et qui, par sa nature, a dû être le plus souvent improvisé.

III.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES.

1° Pathologie.

A. TRAITÉS GÉNÉRAUX.

Traité pratique d'auscultation, ou *Exposé méthodique des diverses applications de ce mode d'examen à l'état physiologique et morbide de l'économie ;* suivi d'un **Précis de percussion.**

Cet ouvrage, publié avec mon collègue et ami M. Roger, n'est point une œuvre de compilation rapidement élaborée.

Huit années passées dans les hôpitaux, sous des maîtres tels que MM. Louis et Chomel, ont été mises à profit pour en recueillir les matériaux, et c'est après avoir nombre de fois exposé les principes de l'auscultation dans des leçons orales, après en avoir longtemps enseigné l'application au lit du malade, que j'ai entrepris la publication de ce livre avec mon collègue, également versé dans la science de la stéthoscopie. Animés du même zèle et d'une parfaite conformité d'opinion, nous avons uni nos efforts, en associant les connaissances spéciales que donnait à mon collaborateur une grande habitude des maladies de l'enfance, à l'expérience que j'ai pu acquérir dans l'étude des maladies de la vieillesse.

Quoique d'un volume peu considérable (700 pages), ce livre renferme la substance de longues recherches, de travaux lentement amassés et qui auraient fourni matière à de nombreux mémoires. Je citerai notamment le chapitre de l'auscultation du larynx et celui du tintement métallique, l'exposé des phénomènes stéthoscopiques fournis par le cœur à l'état physiologique et morbide, l'article sur l'auscultation de l'aorte, etc.

Au lieu de publier tous ces faits isolément, nous les avons fondus avec ce que nous a appris la tradition et l'analyse de tous les travaux modernes, pour en faire un corps d'ouvrage où nous avons tâché d'associer l'ordre dans l'exposition à la concision des détails et à la clarté du langage.

Le succès a répondu à nos efforts : traduit, dès son apparition, en anglais, en allemand et en italien, le *Traité d'auscultation* est arrivé, en peu d'années, à sa troisième édition, et a été adopté par le Conseil de l'instruction publique pour les Facultés et les Écoles préparatoires de médecine.

Dictionnaire de médecine (dans le tome XXV, p. 8, du), M. Chomel a bien voulu mentionner ma collaboration à un assez grand nombre d'articles de pathologie (1); sans cette bienveillante attestation, je n'aurais pas osé me faire un titre aux suffrages de l'Académie de l'honneur d'avoir été admis par mon illustre maître à concourir à la rédaction de ce recueil scientifique.

B. MONOGRAPHIES, MÉMOIRES CLINIQUES.

Observation d'une oblitération complète de l'aorte abdominale, suivie de réflexions sur la nature de cette maladie, sur le mécanisme de sa formation, et sur les moyens de transmission du sang dans le bassin et dans les membres inférieurs.

Cette observation, peut-être unique dans son espèce, et l'une des plus curieuses parmi les faits d'oblitération accidentelle des grosses artères, est éminemment propre à montrer les remarquables ressources de la nature pour l'entretien de la circulation, par des voies nouvelles, dans les parties situées au-dessous de l'obstacle (*Arch. gén. de méd.*, 1835).

La pièce dont il s'agit a été présentée à l'Académie, et est déposée au musée Dupuytren.

---

(1) Percussion. — Péricarde (Maladies du). — Péricardite. — Péritoine (Maladies du). — Péritonite. — Plèvre (Maladies de la). — Pleurésie. — Pneumonie. — Pneumonie chronique. — Pneumatoses. — Pneumothorax. — Pseudomembranes. — Pronostic. — Respiration. — Tremblement. — Ulcération. — Utérus (Maladies de l'). — Métrite. — Métropéritonite. — Métrite chronique. — Hystéralgie.

L'observation précédente est devenue pour l'auteur l'occasion de nombreuses recherches, suivies de la publication d'un

A. **Mémoire analytique de tous les faits de rétrécissement de l'artère aorte** mentionnés dans les auteurs ou publiés jusqu'alors dans les recueils périodiques, principalement en France, en Allemagne et en Angleterre (*Presse médicale*, août 1837).

Le siége de ces rétrécissements, beaucoup plus fréquent au-dessous de l'origine de l'artère sous-clavière gauche que dans tout autre point de l'aorte, semble indiquer que souvent cette disposition anormale remonte à une époque voisine de la naissance, et paraît être, au moins en partie, le résultat de l'extension du travail d'oblitération du canal artériel à l'aorte elle-même.

Ce qui tend à confirmer cette origine, c'est que dans ces mêmes cas, on a le plus ordinairement constaté un développement remarquable d'artères collatérales, qui atténuent l'obstacle que le rétrécissement oppose au cours naturel du sang.

B. **Histoire synthétique des rétrécissements et oblitérations spontanées de l'aorte** (Thèses de la Faculté de médecine de Paris, 1837, nº 189).

Dans ce travail fondé sur l'analyse des faits connus jusqu'alors, j'essaye de donner une description succinte de ces altérations morbides, considérées sous le rapport de l'anatomie pathologique, des causes et des symptômes; de déterminer les signes qui peuvent les révéler pendant la vie, et de rechercher les moyens de traitement les plus rationnels.

Des Hémorrhagies essentielles (thèse de concours pour l'agrégation, 1838).

Cette dissertation a pour but de déterminer la ligne de démarcation entre les hémorrhagies dites *symptomatiques*, et qui se lient à une altération préalable locale ou générale de l'économie, et les hémorrhagies dites *essentielles*, et que, dans l'état actuel de la science, on ne peut rattacher à aucune lésion préexistante soit des vaisseaux, soit des organes, soit du sang lui-même. Autant les premières sont fréquentes, autant les secondes sont rares dans la

science. Prenant pour base de mon travail l'analyse raisonnée de tous les faits de ce genre que j'ai pu réunir, je me suis attaché à déterminer plus positivement qu'on ne l'avait fait jusqu'alors la fréquence relative de ces hémorrhagies dans telle ou telle partie de l'économie, leurs caractères anatomiques, le mécanisme de leur production, les causes qui les provoquent, l'influence de l'hérédité, l'âge où elles se montrent le plus souvent, le lieu où elles apparaissent de préférence aux différentes époques de la vie, les symptômes qui les caractérisent, et les indications particulières qu'elles réclament.

Mémoire clinique sur quelques cas d'absence du bruit respiratoire vésiculaire; valeur séméiologique de ce phénomène, et conséquences pratiques qui en découlent pour l'opération de la trachéotomie (*Arch. gén. de méd.,* juillet 1838).

Ce travail démontre ce fait (inconnu alors et aujourd'hui généralement admis dans la science), que le murmure respiratoire vésiculaire peut être diminué ou aboli dans la poitrine par toute lésion capable de rétrécir le calibre interne de la partie supérieure des voies aériennes, soit en obstruant sa cavité, soit en bouchant son orifice supérieur.

La connaissance de ce fait est éminemment utile pour le diagnostic et le traitement de certaines affections de l'appareil respiratoire : d'une part, il empêchera d'attribuer à un emphysème pulmonaire général un affaiblissement considérable de la respiration, dû à certaines lésions du larynx qui ne se révèlent ni à la vue ni au toucher, et de laisser périr des malades que la trachéotomie pouvait sauver; d'autre part, il ne laissera point confondre une suffocation spasmodique avec un œdème ou autre obstacle matériel, et empêchera de pratiquer inutilement (comme cela est arrivé) une opération toujours grave.

Corollaires : à la suite de l'introduction d'un corps étranger dans les voies aériennes, on en déterminerait la position soit dans la trachée, soit dans l'une ou l'autre bronche, selon que la respiration serait affaiblie des deux côtés de la poitrine, ou bien à droite ou à gauche seulement, détermination importante pour l'opportunité de la trachéotomie et le choix du lieu. De même, dans les cas de croup, l'affaiblissement du murmure vésiculaire dans les deux côtés au même degré, ou son abolition dans une partie de l'un des deux poumons, indiqueraient si les fausses membranes sont bornées au larynx ou étendues jus-

qu'aux bronches, et décideraient de l'à-propos ou de l'inopportunité de la trachéotomie.

Le degré de la diminution du murmure respiratoire peut donner la mesure de l'obstacle, notion également très-importante pour le pronostic et les indications thérapeutiques. En effet, dans certains cas, graves en apparence, comme une angine pseudomembraneuse, la conservation plus ou moins complète du murmure respiratoire indiquera que le danger n'est point actuellement extrême, et l'espoir d'une heureuse terminaison sera permis, tant que ce murmure conservera de la force.

Au contraire, la diminution plus ou moins notable du bruit vésiculaire, en donnant la mesure du danger, sera une indication de plus pour l'énergie des moyens à mettre en usage; et son abolition progressive, avertissant de l'imminence toujours croissante de la suffocation, suffira quelquefois pour indiquer la nécessité de la trachéotomie.

Comme faits particuliers intéressants, ce mémoire renferme: 1° un cas très-rare, et peut-être unique dans la science, d'une altération du ligament thyro-aryténoïdien, renflé à sa partie moyenne et converti en une tumeur fusiforme, dense, homogène, qui bouchait à peu près complétement l'ouverture de la glotte (obs. 1);

2° Un exemple remarquable de trachéotomie pratiquée avec succès, pour un cas de végétation syphilitique du larynx, sur un homme de quarante-neuf ans, chez lequel, la liberté des voies de l'air n'ayant pu être complétement rétablie, l'ouverture artificielle du larynx fut conservée, et qui, portant sa canule bouchée sous sa cravate, fut ainsi à l'abri de nouvelles crises de suffocation.

Mémoire sur les ulcérations des voies aériennes

(*Arch. gén. de méd.*, juin 1839).

Ce travail tend à démontrer la rareté des ulcérations simples comparativement aux ulcérations syphilitiques, qui ne sont qu'une des manifestations variées de la syphilis constitutionnelle, et aux ulcérations tuberculeuses qui se lient à la phthisie et coïncident dans l'immense majorité des cas avec la présence de tubercules plus ou moins avancés dans les poumons (1).

(1) Des recherches plus récentes démontrent qu'à ces trois principales espèces d'ulcérations, il faut ajouter quelques exemples de larges destructions ulcéreuses de la trachée-artère dépendantes de l'infection farcineuse.

Le seul fait d'ulcération de la trachée-artère que j'aie trouvé sans traces concomitantes de tubercules ou de syphilis a été rencontré chez un sujet mort après avoir présenté des phénomènes typhoïdes, et dont l'intestin offrait d'assez nombreuses ulcérations des plaques de Peyer, accompagnées d'une augmentation de volume de la rate et des ganglions mésentériques.

L'étude attentive de tous les caractères anatomiques de ces diverses altérations conduit à ces conséquences pratiques, que les ulcérations syphilitiques ont généralement, dans le tube laryngo-trachéal, un siége plus élevé que les ulcérations tuberculeuses; que ces dernières s'élèvent très-rarement assez haut pour être à portée de la vue, tandis que les premières sont très-fréquemment accompagnées d'ulcères visibles au fond de la gorge, ce qui devient alors un excellent signe diagnostique.

De l'analyse raisonnée des divers symptômes qui révèlent la présence de ces ulcérations dans les voies aériennes, on peut conclure qu'indépendamment des signes fournis par le siége variable de la douleur, la difficulté de la déglutition et le retour des boissons par le nez indiquent qu'elles occupent l'épiglotte ou le rebord supérieur du larynx; l'altération progressive de la voix annonce qu'elles occupent la surface interne du tube aérien; la raucité prononcée fait penser qu'elles siégent sur les cordes vocales ou au niveau des ventricules; l'extinction complète de la voix dénote que les cordes vocales sont toutes deux profondément ulcérées ou que les cartilages aryténoïdes sont plus ou moins détruits; enfin une grande dyspnée avec sifflement prononcé de la respiration fait reconnaître l'existence simultanée d'un gonflement de tissus avec rétrécissement du larynx.

Ce mémoire et celui que j'ai cité plus haut renferment plusieurs observations qui prouvent l'innocuité relative des ulcérations syphilitiques, comparativement à la gravité des ulcères tuberculeux. Les premières se cicatrisent avec facilité même après les destructions les plus considérables, et ne deviennent dangereuses que lorsqu'elles donnent lieu à des végétations qui bouchent la lumière du larynx ou qu'elles se compliquent d'un œdème sous-muqueux; tandis que les seconds, sans être exempts de ces deux espèces de complications, ne se cicatrisent presque jamais, et contribuent, avec les progrès de la phthisie pulmonaire concomitante, à hâter le terme de la vie.

Plusieurs faits consignés dans les deux mémoires précédents démontrent ce point d'anatomie pathologique, à savoir que les cartilages du larynx peuvent s'ossifier, comme tous les cartilages revêtus d'une membrane vascula-

risée, et sont ensuite susceptibles de se nécroser, comme le tissu osseux lui-même; et l'observation 2 démontre que des fragments ainsi mortifiés peuvent se détacher complétement des parties vivantes.

De quelques phénomènes rares d'auscultation; mémoire démontrant l'influence de certaines maladies de la plèvre sur la nature des bruits du cœur et sur la production de bruits anormaux qui accompagnent les mouvements de ce viscère. Cas remarquable de pleurésie purulente, avec perforation du poumon et pneumothorax donnant lieu à un timbre métallique du bruit du cœur et à un tintement très-prononcé, perceptible à chaque contraction ventriculaire. (*l'Union médicale*, janvier 1850.)

Mémoire sur les cas de fièvre typhoïde traités par les purgatifs, dans le service de M. Louis, à l'hôpital de la Pitié, pendant l'année 1835 (*Presse médicale*, janvier 1837).

Statistique détaillée de 31 observations analysées sous leurs divers points de vue cliniques, et principalement sous le rapport de l'influence de la médication évacuante sur la durée et la terminaison de la maladie.

Résumé clinique et statistique de cent vingt-cinq cas de pneumonie observés en 1838 et 1839, dans le service de M. Chomel, à l'Hôtel-Dieu (fréquemment cité par M. Sestier, dans *Leçons cliniques de M. le professeur Chomel sur la pneumonie*).

Rapport sur une observation de tumeur fluctuante de l'encéphale, présentée à la la Société médicale d'émulation par M. Lavacherie; suivi de **Recherches anatomiques sur l'hydrocéphalie** (*Bulletins de la Société médicale d'émulation*, 1849).

Dans ce travail, j'essaie de déterminer le véritable siége des hydropisies de l'encéphale, et je me fonde sur l'analyse d'un très-grand nombre d'autopsies dans lesquelles ce point a été soigneusement étudié, pour conclure que, contrairement à l'opinion généralement admise, les épanchements séreux de la tête ont rarement leur siége dans la grande cavité de l'arachnoïde; que, le plus souvent, les accumulations de sérosité, dépendant d'un état morbide, se font dans la pie-mère et dans les cavités ventriculaires; et que les épanchements considérables qui constituent plus particulièrement l'hydrocéphale ont

leur siége le plus habituel dans les ventricules cérébraux, dont les parois supérieures et latérales sont distendues et parfois réduites à une membrane tellement mince, qu'elle pourrait être facilement méconnue.

Sur 18 observations d'hydrocéphales extraites de divers auteurs, l'une est trop vaguement décrite pour pouvoir être convenablement appréciée; dans 13 cas, le liquide était évidemment accumulé dans les ventricules, plus ou moins distendus; dans 2 autres observations, ce siége était probable; enfin, dans 2 cas seulement, la collection de sérosité avait lieu entre le cerveau et le crâne, et dans l'un et l'autre, on retrouvait à peine des traces de l'encéphale.

Ces faits démontrent que, dans la grande majorité des cas, l'hydrocéphalie a son siége dans les ventricules cérébraux, et qu'elle ne se forme en dehors du cerveau que lorsque le cerveau lui-même n'existe pas. D'où il suit qu'une tumeur fluctuante faisant hernie à la périphérie du crâne est très-probablement constituée par une portion des parois ventriculaires distendues, et qu'une semblable tumeur ne pourrait être enlevée sans léser une portion du cerveau lui-même.

Histoire médicale du choléra-morbus épidémique observé à l'hospice de la Salpêtrière en 1849 (*Arch. gén. de méd.*, 1849).

Après un aperçu rapide sur la marche et les effets de l'épidémie à la Salpêtrière, j'expose dans ce mémoire l'analyse de 230 cas, admis dans mon service, pendant l'espace de six semaines. Je m'appuie sur les faits observés pour tâcher de déterminer la nature de la maladie et pour en déduire le traitement le plus rationnel, et je donne ensuite les résultats comparatifs obtenus par l'emploi de divers agents thérapeutiques, tels que le *stachis anatolica*, le *haschisch*, le *sel marin*, et notamment par l'usage interne du *nitrate d'argent*, que j'ai le premier employé dans cette maladie, et dont l'administration a été suivie de résultats dignes d'attention.

Fracture du col du fémur avec déplacement du fragment inférieur sur la branche horizontale du pubis, **simulant une luxation en haut et en avant** (*Gazette méd.*, 1832).

Observation rare, dont le titre donne une notion suffisante; suivie de réflexions sur les causes et le mécanisme de ce déplacement insolite, et sur le diagnostic et le pronostic de cette lésion comparativement à la luxation du fémur.

Observation de pellagre.

Les cas de pellagre observés dans le centre de la France sont très-rares, et il n'en a été publié jusqu'à ce jour qu'un très-petit nombre de relations particulières.

Les caractères anatomiques de cette maladie sont en général très-vaguement déterminés: «Les recherches nécroscopiques auxquelles on s'est livré dans quelques cas sont très-éloignées d'offrir le caractère de précision et d'exactitude que la science exige aujourd'hui» (1); et «l'étude de la pellage du midi de la France, ajoute M. Roussel, est toute entière à faire au point de vue de l'anatomie pathologique» (2). — Dans notre observation, les lésions cadavériques, très-remarquables à la surface interne de l'intestin, ont été minutieusement décrites, et la maladie a été étudiée avec le plus grand soin sous le rapport de ses symptômes et des circonstances diverses qui ont pu concourrir à son développement (*Bulletins de la Société d'émulation*, 1852. — Un extrait de l'observation est consigné dans les *Bulletins de la Société anatomique*, 1851, p. 349).

Observation de catalepsie, ou histoire détaillée d'un cas de ce genre d'affection survenu dans l'état de santé, avec suspension complète de l'intelligence, des sens, de la sensibilité générale et du mouvement des deux côtés, avec souplesse du tronc et des membres, qui conservent toutes les positions qu'on leur donne (*l'Union médicale*).

Observation de péricardite ancienne avec dépression de la région précordiale (Mémoire de M. Hache sur la péricardite, dans *Arch. gén. de méd.*, t. IX, p. 180; 1835).

Ce fait tend à démontrer un phénomène qui n'avait pas encore été noté par les observateurs: c'est qu'après les épanchements abondants du péricarde, la région précordiale peut éprouver un affaissement semblable à celui qu'on observe fréquemment dans le côté malade, à la suite de la pleurésie.

---

(1) *De Alfaro*, dans T. Roussel (*De la Pellagre*, p. 105; Paris, 1845).

(2) *Ibid.*, p. 111.

Cette dépression, beaucoup plus rare dans le cours de la péricardite, se produit surtout lorsque, par l'accumulation du liquide, le poumon gauche se trouvant refoulé latéralement, il s'établit une adhérence entre la face externe du péricarde et la face postérieure des parois thoraciques.

Symptômes graves d'affection du cœur chez un phthisique.— **Amendement subit** et remarquable .— **Communication entre les deux ventricules du cœur** (*Bulletins de la Société anatomique,* 1835, p. 145).

Observation de **thoracentèse** pour un cas de pleurésie chronique. — *Évacuation de cinq litres et demi de sérosité* (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux,* 1852).

Observation rare d'un cas de **dilatation considérable des bronches** dans toute l'étendue du poumon gauche, avec refoulement et atrophie du parenchyme pulmonaire, à tel point que le poumon entier ne présentait plus que le tiers de son volume ordinaire (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux,* 1852).

Observation d'**ascite communiquant avec la tunique vaginale** considérablement distendue. — Ponction par le scrotum. — Reproduction du liquide. — Affection fébrile intercurente. — diminution de l'épanchement. — Guérison. (*Bulletins de la Société médicale des hôpitaux,* 1852.)

Observation rare d'**apoplexie rénale,** ou hémorrhagie dans la substance du rein (dans Rayer, *Traité des maladies des reins,* t. III, p. 429).

Observation de **variole hémorrhagique** grave, avec *épanchement sanguin sous la membrane interne du bassinet* (*ibid.*, p. 345).

Observation d'un **énorme corps fibreux de l'utérus**, gangrené à sa surface et saillant hors de la vulve — **enlevé par énucléation,** après avoir détruit circulairement à sa base d'implantation la couche de tissu utérin qui lui servait d'enveloppe (*Bulletins de la Société médicale d'émulation,* 1850).

2° Hygiène et thérapeutique.

Notice topographique et médicale sur la ville d'Hyères (*Arch. gén. de méd.*, 1841; 2e édit., 1846).

Mettant à profit un séjour de six semaines en Provence, j'ai rassemblé sur les lieux mêmes les documents qui font la base de ce travail.

Par l'étude de la position topographique d'Hyères, par l'examen de la constitution géologique du sol, par l'analyse de nombreuses observations météorologiques sur la température, sur les variations barométriques et l'état du ciel; par un aperçu de quelques espèces entomologiques de cette contrée, joint à un exposé très-détaillé de la flore du pays, j'ai tâché de déterminer la valeur du climat d'Hyères et l'influence qu'il peut exercer sur un grand nombre de maladies.

3° Anatomie et physiologie tératologique.

Observation d'un **cas d'épispadias**, ou division congénitale de l'urèthre dans tout son trajet sur la face antérieure, suivi de remarques concernant l'influence de ce vice de conformation sur les fonctions urinaires et génératrices, de même que sur l'état physique et moral du sujet (observation communiquée à l'Académie de médecine et insérée dans ses bulletins, 1845).

Observation remarquable de **duplicité de l'utérus et du vagin**, chez une jeune fille de seize ans, morte des suites de la scarlatine (*Bulletins de la Société anatomique*, 1841, p. 46).

La pièce anatomique, parfaitement conservée et déposée au musée Dupuytren, est assurément l'une des plus remarquables qui existent dans ce genre d'anomalies des organes génitaux.

Le vagin est divisé, dans toute sa longueur, en deux parties latérales, par une cloison membraneuse qui donne lieu à la formation de deux canaux distincts,

dans chacun desquels vient s'ouvrir un col utérin. La matrice est bilobée et représente deux corps utérins séparés, piriformes, de volume égal, écartés l'un de l'autre par leur fond, et se réunissant par la partie la plus antérieure de leurs cols, qui sont juxtaposés sur une longueur de quelques lignes.

Chacune de ces deux moitiés utérines est pourvue d'une trompe bien conformée, d'un seul ovaire de volume habituel, et d'un ligament rond qui a sa disposition ordinaire.

La description très-détaillée de cette singulière conformation est suivie d'un aperçu rapide sur la série des diverses espèces de déviations organiques consistant dans la division du système utérin, depuis la plus simple trace de division à l'extérieur ou à l'intérieur de la matrice, jusqu'à la séparation complète de l'appareil génital en deux moitiés parfaitement distinctes.

Indépendamment de l'intérêt qui se rattache à ces anomalies sous le point de vue de l'histoire naturelle, elles sont d'une grande importance sous le rapport des accouchements et de la médecine légale.

On conçoit, dans des cas semblables, la possibilité d'une superfétation; le nôtre réunissait toutes les conditions capables de la favoriser.

On comprend aussi les erreurs qui pourraient être commises lorsque, par exemple, dans le cours d'une grossesse réelle d'un côté, le doigt porté sur le col correspondant au côté vide n'y trouverait point les changements que cette partie éprouve pendant la gestation; et, jusqu'au moment de l'accouchement, deux touchers, pratiqués l'un après l'autre, pourraient donner des résultats très-différents et inexplicables, si la division du vagin n'avait pas été reconnue.

4° Anatomie pathologique.

Observations sommaires, notes et communications avec présentation de pièces anatomiques à l'appui.

La plupart des faits mentionnés dans ce chapitre sont consignés dans les *Bulletins de la Société anatomique;* ils s'adressaient tout naturellement à cette société laborieuse où se sont élucidées, pièces en main, tant de questions pratiques, et dont les bulletins, trop peu connus, constituent un des répertoires scientifiques les plus riches et les plus variés.

A. *Anomalies.*

Diverticulum de la partie supérieure de l'intestin grêle, s'enfonçant comme un doigt de gant dans la tête du pancréas (*Bulletins de la Société anatomique,* 1851, p. 91).

Meckel considérait ces sortes d'appendices comme un vestige de la communication qui, dans l'embryon, existe entre l'intestin et la vésicule ombilicale. — La situation et la disposition du diverticulum précité ne permettent pas de lui attribuer une semblable origine. Ce siége est du reste tout à fait insolite, et le plus ordinairement les diverticulum de l'intestin se rencontrent dans la dernière partie de l'iléon, et flottent dans la cavité abdominale. Ils peuvent devenir cause d'étranglements internes; des corps étrangers peuvent s'y arrêter, en enflammer le fond, et en traverser les parois. Un ulcère peut s'y former dans le cours de la fièvre typhoïde, et produire, comme je l'ai vu, une perforation mortelle.

Cœcum pourvu d'un mésentère et flottant dans la cavité péritonéale (*Bulletins de la Société anatomique,* 1846, p. 28).

On comprend que, par suite d'une semblable disposition, le cœcum lui-même puisse aisément s'engager dans des hernies où l'on ne s'attendait pas à le rencontrer.

Conformation anormale du foie, *dont le lobe gauche n'existait que sous forme d'une languette rudimentaire* (*ibid.,* 1850, p. 152).

On conçoit les incertitudes qu'une semblable disposition pourrait produire dans les résultats de la percussion.

Vice de conformation du ligament suspenseur du foie, présentant une large ouverture triangulaire devenue cause d'un étranglement interne (*ibid.*, 1846, p. 27).

Cette disposition vicieuse, qui me paraît congénitale, a été rencontrée sur un malade mort dans mon service à l'hôpital Beaujon, et qui présentait plusieurs anomalies.

Vésicule biliaire attachée au foie par un repli péritonéal, et flottant librement dans l'abdomen. — Longueur anormale du canal cystique (*Bulletins de la Société anatomique*, 1846, p. 27).

Vice de situation du rein droit, placé sur l'angle sacro-vertébral en dedans du muscle psoas, d'une forme tout à fait insolite, et recevant deux artères de la partie inférieure de l'aorte, et une troisième de l'artère iliaque primitive (*ibid.*, 1840, p. 76).

Par le fait de ce déplacement (dont j'ai vu plusieurs exemples) et par suite de l'altération de sa forme, le rein peut être pris pour une tumeur de l'ovaire, un kyste, un corps fibreux de l'utérus.

Atrophie considérable du rein gauche (*ibid.*, 1851, p. 90).

Quoique n'ayant que quatre centimètres de hauteur sur deux et demi de largeur, ce rein avait sa forme et sa disposition intime habituelles; sa cavité était libre, et l'artère était petite en proportion. On peut en induire que cette exiguïté de l'organe, chez une femme de soixante ans, était due à un arrêt de développement.

Observation d'**absence du rein droit** (dans Rayer, *Traité des maladies des reins*, t. III, p. 768).

Il n'existait de ce côté aucun vestige d'artère ni de veine rénale, aucune trace d'uretère ni d'orifice uretéral dans la vessie.

Le rein, du côté gauche, avait un volume considérable, les capsules surrénales existaient toutes deux et occupaient leur place habituelle.

Soudure des deux reins par une partie intermédiaire située en travers sur la colonne vertébrale (*Bull. de la Société anatomique*, 1850, p. 115).

Dans tous les cas de ce genre, que j'ai rencontrés en assez grand nombre, c'est toujours par leur extrémité inférieure que les deux reins étaient unis ensemble, et toujours il y avait deux uretères distincts.

Observation d'**uretère double** (dans Rayer, *Maladies des reins*, t. III, p. 345).

Il n'est pas infiniment rare de voir un rein pourvu de deux uretères ; on con-

çoit que dans ce cas un calcul pourrait boucher un de ces conduits, sans que l'urine cessât de couler librement dans la vessie.

B. *Lésions morbides.*

Des hémorrhagies interstitielles ou apoplexies parenchymateuses.

Rien de plus ordinaire et de mieux connu que l'apoplexie des centres nerveux et des poumons. Mais, à côté de ces lésions bien étudiées dans leurs phases diverses, j'ai fréquemment rencontré dans mes recherches, exposé à la Société anatomique, et démontré dans mes cours, des hémorrhagies dans plusieurs autres viscères :

1° Dans la rate, où elles constituent des épanchements plus ou moins circonscrits, d'abord rouges, qui plus tard se décolorent et forment des masses d'un blanc jaunâtre, friables, que l'on a longtemps considérées comme de gros tubercules de la rate;

2° Dans les reins, où ces dépôts fibrineux ont donné lieu aux mêmes méprises;

3° Dans le foie, où, en se résorbant, elles sont remplacées par un tissu assez semblable aux corps caverneux (1851, p. 49);

4° Dans les muscles, notamment dans ceux de la paroi abdominale antérieure, qui deviennent consécutivement jaunâtres et friables;

5° Dans les capsules surrénales, dans l'ovaire, dans le placenta, dans l'épaisseur des corps fibreux de la matrice, et au milieu des masses encéphaloïdes, masses où elles forment des dépôts qui ont une fausse apparence de matière tuberculeuse, et ont donné lieu à cette opinion erronée qui les considérait comme des tubercules développés au milieu du cancer.

De l'hypertrophie des parois de certains **canaux** et **viscères creux**, consécutivement à un obstacle au libre cours des fluides qui les traversent (*ibid.*, 1846, p. 158).

Sur la formation des **tumeurs** dites **fibreuses**, avec **hypertrophie des éléments glandulaires de la mamelle** (*ibid.*, 1846, p. 37).

Des tumeurs plastiques.

La partie spontanément coagulable du sang (qui, en se déposant sur les surfaces séreuses, forme les pseudomembranes) peut s'accumuler par masses dans la

trame des tissus, et constituer des tumeurs plus ou moins volumineuses, d'un blanc rosé, de médiocre consistance, se laissant écraser, mais ne se réduisant pas en pulpe homogène, que l'on a souvent prises pour des tumeurs cancéreuses.

J'en ai vu des exemples dans la pie-mère (*ibid.*, 1850, p. 171 et 194), dans les parois du duodénum (1850, p. 110), dans la capsule surrénale, dans l'ovaire (1848, p. 28).

Dans certaines parties du corps, ces masses se condensent, deviennent fermes et résistantes, et méritent alors le nom de *tumeurs fibreuses*.

Outre ces tumeurs, plus ou moins bien limitées, formées de toutes pièces au milieu d'un parenchyme ou d'une trame celluleuse, il est d'*autres tumeurs fibreuses* aussi, mais non circonscrites, résultant de l'hypertrophie et de l'induration des tissus sous l'influence d'une irritation prolongée. C'est ainsi que l'on voit quelquefois les parois de l'estomac s'épaissir dans le voisinage du pylore, et s'indurer au point de former une tumeur résistante que l'on peut prendre pour un squirrhe, et dans laquelle cependant on ne trouve point les véritables caractères du cancer (voir plus loin, *Maladies de l'estomac*).

Des diverses espèces d'altérations pathologiques désignées sous le nom de **mélanose**.

Sous la dénomination de mélanose ou maladie noire, on réunit et l'on confond des maladies très-différentes : 1° certaines tumeurs sanguines qui, au lieu de se décolorer, prennent un aspect de plus en plus noir ; 2° des dépôts de matière charbonneuse dans les poumons (*ibid.*, 1851, p. 37) ; 3° des accumulations anormales de pigmentum se déposant tantôt sur des parties saines qui en contiennent peu ou point dans l'état naturel, tantôt dans des tissus altérés, tels que les anciennes ulcérations intestinales, tantôt au milieu de produits pathologiques, tels que le cancer encéphaloïde, ce qui constitue le *cancer mélané* (*ibid.*, 1845, p. 266).

Des pustules varioliques des membranes muqueuses.

Ces pustules se montrent à peu près exclusivement sur les points pourvus d'un épithélium manifeste et résistant.

Fréquentes et parfaitement visibles sur la conjonctive oculaire, dans la

bouche, elles se retrouvent, mais de moins en moins circonscrites, dans le larynx, dans la trachée-artère et les premières bronches (1837, p. 326; *ibid.*, 336). Je ne les ai jamais rencontrées dans l'estomac, et ce que l'on prend pour des pustules dans l'intestin sont des follicules muqueux augmentés de volume (*ibid.*, 1846, p. 333).

Comme siége insolite, j'ai observé une pustule sur la cornée transparente, siége fatal, puisqu'il en est résulté la perforation de cette membrane et la perte de l'œil.

Observation rare d'une **hypertrophie énorme des ganglions lymphatiques**, simulant une dégénérescence cancéreuse, sans trace de cancer dans aucun viscère (*ibid.*, 1848, p. 278).

Des produits de l'inflammation déposés sur les surfaces articulaires, et de leurs conséquences relativement à la production de l'ankylose (*ibid.*, 1848, p. 316, et 1850, p. 71).

Ces produits se déposent souvent sur les cartilages, sous forme de couches pseudomembraneuses, molles, tomenteuses (improprement appelées fongosités), lesquelles, après un temps variable, subissent une série de transformations, et peuvent devenir cause de la soudure des surfaces contiguës. De là la nécessité, vers la fin des arthrites, d'imprimer à l'article des mouvements qui empêchent la formation des adhérences.

Amincissement des os dans l'âge avancé (*ibid*, 1850, p. 102; 1851, p. 104 et 147).

L'amincissement du système osseux est un fait très-fréquent dans la vieillesse; il n'est pas rare de trouver la voûte du crâne amincie au point de devenir, par places, à peu près translucide, et les côtes aplaties et réduites à deux ou trois millimètres d'épaisseur, de telle sorte qu'on peut les couper avec des ciseaux. Les cartilages costaux, au contraire, durs et ossifiés, présentent une épaisseur quatre à cinq fois plus grande.

Induration crétacée du cristallin, coïncidant avec la présence d'une plaque calcaire au fond de l'œil (*ibid.*, 1850, p. 5).

Loupes du cuir chevelu (*kystes sébacés*) opérées par incision, énucléation, et *réunion immédiate au moyen des cheveux noués par petits faisceaux par-dessus les lèvres de la plaie* (*ibid.*, 1850, p. 36 et 419).

Sur le **siége de l'hydrocéphalie** (*ibid.*, 1849, p. 10).

Hémorrhagie méningée formant dans la cavité de l'arachnoïde une nappe sanguine adhérente au feuillet pariétal, et circonscrite du côté du cerveau par une membrane mince, que l'on pourrait prendre pour l'arachnoïde pariétale elle-même (*ibid.*, 1840, p. 213).

Hémorrhagie de la protubérance annulaire (*ibid.*, 1850, p. 47).

Observation d'une énorme **tumeur plastique développée dans les méninges**, et donnant lieu à une dépression considérable de la face supérieure de l'hémisphère droit du cerveau (*ibid.*, 1850, p. 194).

Examinée sur une coupe, la tumeur a un aspect finement grenu, et en grattant avec le scalpel on enlève un détritus granuleux qui ne ressemble nullement à la matière encéphaloïde.

Tumeur fibroplastique logée à la base du cerveau, au niveau du confluent des sinus (*ibid.*, p. 171).

Hydatide du cerveau (*ibid.*, 1852, p. 108).

La vésicule acéphalocystique, du volume d'une petite orange, était logée dans une cavité formée par la substance cérébrale refoulée de toutes parts, sans kyste fibreux.

Plaque fibreuse, de consistance cartilagineuse, développée entre les deux feuillets **du péricarde** pariétal (*ibid.*, 1850, p. 116).

Péricardite tuberculeuse. — Phthisie granulée des deux poumons (*ibid.*, 1845, p. 40).

Exemple de **cardite** trouvée chez une femme de soixante et dix ans, morte à la Salpêtrière dans un état de dypsnée avec oppression notable des forces, sans douleur locale (*ibid.*, 1851, p. 68).

Le tissu du cœur était mou, flasque, un peu jaunâtre, se déchirant avec

facilité. Les deux feuillets du péricarde étaient recouverts de fausses membranes.

L'absence de douleur, dans cette observation, est un fait digne de remarque et que l'on rencontre, à une époque avancée de la vie, dans un grand nombre de lésions qui, dans le jeune âge, sont accompagnées d'une vive souffrance locale, notamment la pleuro-pneumonie, la néphrite calculeuse, les coliques hépatiques.

Hypertrophie du cœur avec **insuffisance des valvules aortiques.** Bruit de souffle au deuxième temps. — L'une des valvules sigmoïdes était soudée par son bord libre à la surface interne de l'aorte (*ibid.*, 1840, p. 362).

Affection organique du cœur, insuffisance de la valvule mitrale, qui forme une ouverture toujours béante; induration du pourtour de l'orifice auriculo-ventriculaire sans rétrécissement. — Bruit de râpe au premier temps (*ibid.*, 1851, p. 146).

Hypertrophie du cœur. — Rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, et **insuffisance** de la valvule mitrale; bruit de souffle au premier temps (*ibid.*, 1850, p. 47 et 102).

Rétrécissement extrême de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, **sans insuffisance** de la valvule mitrale; bruit de souffle présystolique (*ibid.*, 1850, p. 331).

Ces faits, joints à un grand nombre d'autres, confirment pleinement les propositions émises, dans le *Traité d'auscultation,* sur les rapports des divers bruits de souffle avec les différents états morbides de l'orifice auriculo-ventriculaire du cœur.

Concrétion calcaire dans le cœur.

Il n'est pas rare de rencontrer, dans l'âge avancé, des masses irrégulières de matière crétacée, plus ou moins volumineuses, dans les parois du cœur. Ces dépôts morbides, dont j'ai présenté plusieurs exemples à la Société anatomique, ont généralement leur siége à la base du ventricule gauche, dans la zone auriculo-ventriculaire (*ibid.*, 1850, p. 5; 1851, p. 42).

Ils sont d'ordinaire plus rapprochés de l'endocarde que de la face externe du

cœur, et peuvent devenir cause d'une forme d'ulcères que l'on rencontre quelquefois à la surface interne du ventricule aortique (*ibid.*, 1845, p. 44).

Observation remarquable d'**ossification des artères coronaires du cœur** (*ibid.*, 1851, p. 68).

L'artère coronaire postérieure formait autour de la base du cœur un véritable anneau, dur, ferme et cassant, du volume d'une grosse plume d'oie, et n'avait plus qu'une lumière très-étroite. L'antérieure était également altérée, au point qu'on avait de la peine à y trouver un canal. L'aorte, l'artère sous-clavière gauche, les deux artères iliaques, etc., présentaient de nombreuses plaques crétacées.

L'ossification, ou plutôt le développement de matière crétacée dans les parois des artères, est un fait que j'ai si fréquemment observé à la Salpêtrière, que je crois pouvoir le considérer comme jouant un grand rôle dans la durée de la vie, et constituant le caractère anatomique le plus commun de la vieillesse. Par suite de ce dépôt, les artères perdent leur élasticité; les grosses se dilatent outre mesure, les moyennes s'allongent, deviennent flexueuses; les capillaires deviennent fragiles et s'obstruent ou se brisent quand elles sont (comme dans le cerveau) environnées d'un tissu peu résistant : de là des troubles de circulation, de sécrétion et de nutrition, des hémorrhagies, des ramollissements, des gangrènes des extrémités, toutes lésions si fréquentes dans l'âge avancé de la vie.

Observation de péricardite et pneumonie, avec présence, dans le ventricule gauche, de **caillots sanguins** décolorés, denses, adhérents, **contenant un pus phlegmoneux**, *un peu rougeâtre* (*ibid.*, 1848, p. 353).

A ces caractères, on ne peut douter que les caillots dont il s'agit ne se soient formés plusieurs jours avant la mort.

Altérations pathologiques de l'**aorte**, désignées sous les noms de *plaques athéromateuses, cartilagineuses, ossifications, pustules, tubercules, abcès, ulcérations de l'aorte.*

Sur un grand nombre de pièces soumises à la Société anatomique (1848, p. 261; 1850, p. 90 et 109) ou déposées par moi au musée Dupuytren, j'ai

mis en évidence (conformément aux recherches de M. Bizot) les différences et les analogies de ces diverses altérations morbides : les unes, plaques pseudo-membraneuses, d'abord molles, albumineuses et rosées, devenant ensuite de plus en plus fermes et d'apparence cartilagineuse, déposées sur la surface libre de la membrane interne, et pouvant être considérées comme des produits d'un état phlegmasique ; les autres, développées surtout sous l'influence soit des progrès de l'âge, soit d'une disposition goutteuse ou rhumatismale, déposées manifestement au-dessous de la membrane interne, sous forme de petites plaques jaunes légèrement saillantes, qui peu à peu gagnent en étendue et en épaisseur, puis tantôt s'indurent de manière à constituer des lamelles crétacées (dites ossifications), et qui n'ont de l'ossification que la consistance ; tantôt se ramollissent en une matière jaunâtre, friable (matière athéromateuse), ou forment de petits amas circonscrits de matière onctueuse et fluide, appelés improprement pustules ou abcès, au niveau desquels la membrane interne se rompt, se détruit ; d'où résultent, après l'évacuation de la matière contenue, des dépressions ulcéreuses, qui sont fréquemment l'origine de petits anévrysmes sacciformes de l'aorte.

Anévrysmes de l'aorte.

Une série de pièces présentées à la Société anatomique et déposées au musée Dupuytren m'ont démontré : 1° Sous le point de vue clinique, que les diverses espèces de dilatations aortiques se révèlent plus rarement à l'oreille par un bruit unique, indépendant des bruits cardiaques, que par un double bruit ayant son maximum dans un lieu plus ou moins éloigné du cœur ; que les anévrysmes de l'aorte pectorale donnent à peu près toujours lieu à un bruit double, analogue aux bruits perçus à la région précordiale, et que le bruit ou souffle unique n'a lieu que dans les anévrysmes de l'aorte ventrale. 2° Anatomiquement, que l'anévrysme mixte interne n'existe pas, l'extrême fragilité de la membrane interne des artères ne lui permettant pas de se dilater seule et de résister à l'effort du sang après la division des membranes externe et moyenne ; — que l'anévrysme vrai, formé par la distension des trois tuniques, n'a ce caractère que dans l'origine, et consiste, pour l'aorte, en de simples dilatations qui ne renferment presque jamais de coagulum ; — que les anévrysmes en forme de poche sphéroïdale, qui surtout usent les os et perforent le thorax, contiennent des couches fibrineuses stratifiées, et constituent ce que l'on a désigné sous

le nom d'anévrysmes mixtes externes, la poche étant formée par la dilatation de la tunique celluleuse après la rupture des membranes interne et moyenne. Ces deux membranes ne se retrouvent plus à la surface interne du sac anévrysmatique que sous forme de plaques partielles; elles sont rompues au niveau de l'ouverture de communication de la poche avec l'artère, et si l'on a cru voir la tunique séreuse se continuer sans interruption de l'aorte dans le sac anévrysmatique, c'est qu'on a pris pour la membrane interne une couche fibrineuse lisse et polie qui n'en a que l'apparence.

Anévrysme de la crosse de l'aorte avec **perforation du sternum** (*ibid.,* 1840, p. 10).

Anévrysme de la face antérieure de l'aorte ascendante avec **perforation de la poitrine** à droite du sternum (*ibid.,* janvier 1853).

Dilatation anévrysmatique de la courbure de l'aorte, sur laquelle proéminent plusieurs petits anévrysmes sacciformes contenant des caillots fibrineux, tandis que l'artère dilatée n'en renferme pas (*ibid.,* 1851, p. 102).

Anévrysme de l'aorte abdominale, entre l'artère mésentérique supérieure et sa bifurcation (*ibid.*, 1848, p. 260).

Observation d'**anévrysme de l'artère carotide interne dans le crâne**, comprimant le nerf moteur oculaire commun (*ibid.*, 1849, p. 348).

Oblitération complète de l'aorte à sa terminaison; oblitération incomplète des artères iliaques; *conservation de la vie et du mouvement dans les membres inférieurs* (*ibid.,* 1835, p. 6).

Oblitération de l'artère crurale, *gangrène de la jambe* (*ib.,* 1850, p. 90).

Phlébite oblitérante des veines du membre inférieur gauche jusqu'à l'iliaque primitive, chez un phthisique (*ibid.,* 1835, p. 103).

Oblitération de la veine iliaque gauche chez un phthisique (*ibid.,* 1850, p. 153).

Phlébite oblitérante des deux veines iliaques primitives, coïncidant avec une oblitération par caillots des deux artères iliaques (*ibid.,* 1848, p. 354).

Oblitération de la veine sous-clavière droite par compression de ganglions axillaires et cervicaux hypertrophiés (*ibid.*, 1848, p. 279).

Oblitération successive (à long intervalle) **des deux veines iliaques primitives** (*ibid.*, 1846, p. 143).

Sur l'un des membres fortement œdématiés pendant la vie, la veine iliaque était remplie par un caillot solide; sur l'autre membre, qui n'était plus le siége d'aucune infiltration, la veine était convertie en un cordon fibreux.

Oblitération de la veine cave inférieure au-dessous d'une masse de ganglions lombaires tuberculeux, reconnue pendant la vie par la *circulation du sang dans les veines sous-cutanées abdominales, en sens inverse de sa direction naturelle* (*ibid.*, 1851, p. 352).

Ce phénomène remarquable, que j'avais déjà constaté antérieurement (*ibid.*, 1844, p. 77), et qui consiste dans le passage du sang des membres inférieurs, à travers les veines abdominales dilatées, dans les ramifications veineuses du thorax, donne une idée des ressources de la nature pour l'entretien de la circulation dans les cas en apparence les plus désespérés; il devient de plus un signe précieux de la compression ou de l'oblitération de la veine cave inférieure.

Oblitération de la veine cave supérieure par un caillot dense et solide, qui fait saillie dans l'oreillette droite, observée et reconnue pendant la vie chez une jeune femme atteinte de cancer du poumon, de la plèvre et du cœur (*ibid.*, janvier 1853).

Oblitération complète **du tronc de la veine porte** (diagnostiquée pendant la vie) chez une jeune femme prise d'ascite quelque temps après une *phlegmatia alba dolens*, suite de couches (1851, p. 354).

Les caillots formés dans les veines peuvent-ils se perforer consécutivement par un canal central? (*Ibid.*, 1846, p. 142.)

Phlébite du poumon (*ibid.*, 1848, p. 352).

Dans l'appareil de la circulation pulmonaire, ce n'est pas la veine qui est, comme partout ailleurs, le siége ordinaire de l'inflammation et de la formation

des caillots; c'est dans l'artère pulmonaire que s'accomplissent les phénomènes pathologiques de coagulation du sang et d'oblitération vasculaire sous l'influence desquels les membres s'œdématient. Plusieurs fois j'ai fait constater ce fait à la Société anatomique, notamment dans la séance du 11 avril 1845 et le 10 novembre 1848 (*ibid.*, 1848, p. 352).

Phlébolithes.

Nombre de fois, j'ai présenté à la Société anatomique des phlébolithes trouvés dans différentes parties du corps, et, plus souvent que partout ailleurs, dans les veines ovariques (*ibid.*, 1849, p. 352; 1851, p. 91; 1852, p. 55).

Le mécanisme de formation de ces concrétions a été diversement expliqué. Il résulte de mes recherches qu'elles ne sont autre chose qu'un produit de transformation de petites masses sanguines, soustraites à la circulation, dans des renflements latéraux communiquant par un collet étroit avec la cavité de la veine.

Dans un cas notamment, on pouvait suivre toutes les transitions entre des caillots sanguins encore rougeâtres et peu consistants, et des concrétions entièrement pierreuses (*ibid.*, 1850, p. 110).

Masse tuberculeuse, de la largeur de la paume de la main, développée **dans la paroi thoracique**, et ayant déterminé la solution de continuité d'une côte (1851, p. 115).

Squirrhe de la mamelle et **cancer de la plèvre** correspondante (*ibid.*, 1850, p. 5).

Le squirrhe est dur, volumineux, adhérent au grand pectoral et aux muscles intercostaux; la plèvre sous-jacente est soulevée par une multitude de plaques blanches cancéreuses.

Cette extension du cancer du sein jusque dans la poitrine n'est pas rare, et peut devenir une contre-indication de l'opération des tumeurs adhérentes.

Des véritables caractères de la **pneumonie chronique** (*ibid.*, 1847, p. 239).

Abcès du poumon contenant un pus phlegmoneux (*ibid.*, 1848, p. 355).

Les collections purulentes sont rares dans le poumon, si ce n'est dans le cas d'infection purulente.

Cependant j'en ai vu quelques exemples incontestables.

Gangrène centrale du poumon dans le cours d'une phthisie. — Pyélite suppurée (*ibid.*, 1850, p. 152).

Tumeur d'apparence cartilagineuse dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire (*ibid.*, 1850, p. 109).

On se rend difficilement compte de la naissance d'un produit cartilagineux dans le poumon; cependant j'ai déjà rencontré une petite tumeur sphéroïde qui présentait tous les caractères du tissu cartilagineux (*ibid.*, 1849, p. 331).

Cancer du poumon et de la plèvre. — Masses encéphaloïdes dans l'épaisseur du parenchyme pulmonaire. — Masses globuleuses de même nature sous la plèvre viscérale (*ibid.*, 1850, p. 341).

Le cancer encéphaloïde est, dans le poumon, beaucoup plus fréquent que le squirrhe: le premier s'y développe sous forme de masses globuleuses, le cancer squirrheux s'y montre sous forme de traînées le long des vaisseaux (*ibid.*, 1846, p. 379).

Observation d'**hydatide** ou acéphalocyste **du poumon** droit chez une femme qui avait rejeté pendant la vie des crachats verdâtres, d'apparence gélatineuse (*ibid.*, 1851, p. 14).

La vésicule, flétrie et revenue sur elle-même, était logée dans une large cavité à surface interne lisse, et dont les parois étaient formées par le tissu pulmonaire refoulé.

Ce fait, joint à plusieurs autres que j'ai eu occasion d'observer, prouve que le kyste fibreux, qui revêt habituellement la surface interne des cavités hydatifères, manque souvent dans le poumon; c'est ce qui rend compte de la facilité avec laquelle ces acépholocystes peuvent être rejetées par les bronches.

Dans le cas présent, la cavité anormale communiquait directement avec plu-

sieurs rameaux bronchiques remplis de muco-pus semblable à celui contenu dans la poche hydatique.

Dilatation des bronches.

Ces altérations sont généralement considérées comme fort rares ; cela tient peut-être à ce que, l'attention des observateurs n'ayant pas été suffisamment éveillée sur ce point de la pathologie de l'appareil respiratoire, les dilatations sont quelquefois méconnues pendant la vie, parce que le diagnostic en est difficile, ou passent inaperçues après la mort, parce que l'on omet souvent, dans les nécropsies, d'ouvrir les rameaux aériens. Pour moi, depuis dix-huit ans, j'ai rencontré assez fréquemment cette disposition morbide, et j'en ai présenté à la Société anatomique de nombreux exemples, avec de grandes variétés de siége, d'étendue et d'aspect :

Dilatation considérable des bronches du lobe inférieur du poumon gauche (*ibid.*, 1848, p. 327).

Dilatation en ampoule d'un grand nombre de rameaux bronchiques du sommet des deux poumons (*ibid.*, 1849, p. 351).

Dilatation des extrémités bronchiques du lobe inférieur gauche, remplies de muco-pus simulant de petits abcès superficiels du poumon (*ibid.*, 1849, p. 349).

Dilatation de la terminaison *des radicules bronchiques*, formant, à la surface du poumon, de petites saillies jaunâtres simulant des tubercules, et que l'on reconnaît pour de petites collections de muco-pus communiquant librement avec les ramifications des bronches (*ibid.*, 1850, p. 102).

Dilatation d'un seul rameau bronchique du sommet du poumon (*ibid.*, 1850, p. 109).

Dilatations multiples des bronches du sommet des poumons (*ibid.*, 1851, p. 103).

Nombreuses ramifications du sommet *des deux poumons dilatées en ampoule* (*ibid.*, 1851, p. 90).

Dilatation générale des bronches de tout le poumon gauche (*ibid.*, 1852, p. 56).

Pleuropneumonie et **bronchite pseudomembraneuse** ; *expulsion*, par la toux, *d'une fausse membrane ramifiée, tubulée*, représentant une division bronchique avec toutes ses ramifications (*ibid.*, 1852, p. 103).

Goître enkysté du corps thyroïde. — Hypertrophie du nerf pneumogastrique (*ibid.*, 1849, p. 35).

Tumeur squirrheuse du médiastin antérieur, avec compression des veines pulmonaires et de la veine cave supérieure (*ibid.*, 1849, p. 39).

Ulcères syphilitiques du larynx en grande partie cicatrisés, avec œdème des replis aryténo-épiglottiques et rétrécissement de la glotte (*ibid.*, 1840, p. 170).

Ulcères syphilitiques du larynx; destructions considérables, cicatrices très-nombreuses. — Rétrécissement consécutif du larynx et dilatation de la trachée-artère (*ibid.*, 1841, p. 38).

Hernie diaphragmatique (*ibid.*, 1851, p. 147).

En avant du centre phrénique, le diaphragme présentait une ouverture arrondie, à bords mousses, au niveau de laquelle il y avait interruption des éléments musculaires. Le péritoine et la plèvre, immédiatement adossés, formaient un sac herniaire, à large collet, du volume d'une orange, saillant dans la poitrine, et renfermant une partie de la grosse tubérosité de l'estomac.

Plusieurs affections plus ou moins curables de l'estomac peuvent simuler le cancer de cet organe : ce sont l'**hypertrophie** avec induration **des parois** du ventricule, et l'**ulcère chronique simple** de ce viscère, qui a été, de la part de M. le professeur Cruveilhier, l'objet d'intéressantes recherches.

Le premier de ces états morbides consiste dans un épaississement considérable des parois, résultant surtout de l'hypertrophie du tissu cellulaire sous-muqueux, et du plan musculeux de l'estomac. Cette hypertrophie peut occuper une étendue plus ou moins considérable de l'estomac ; mais elle est souvent limitée à une surface restreinte, et c'est la portion pylorique qui en est le siége le plus habituel. Dans ce dernier cas surtout, l'orifice duodénal est rétréci, et les liquides ingérés sont retenus dans l'estomac ; de là des troubles de la chymification, des distensions du ventricule, des dégagements fréquents de gaz, des vomissements, et un amaigrissement consécutif, qui simulent le cancer du pylore d'autant mieux que la palpation permet de sentir une tumeur à droite de l'épigastre.

La portion, ainsi modifiée dans sa texture, sans trace de cancer, peut du reste s'ulcérer plus tard à la surface interne ; de là des exhalations sanguines qui colorent les vomissements et rendent plus complète encore la ressemblance de cet état morbide avec le véritable carcinome.

Ces sortes d'altérations sont susceptibles sinon d'une guérison absolue, au moins d'une amélioration très-notable, compatible avec de longues années d'existence.

Elles peuvent aussi s'infiltrer de matière cancéreuse, et elles constituent alors le *squirrhe,* reconnaissable à la présence d'une matière molle, pulpeuse, dans la partie malade, avec coïncidence de cancer des ganglions lymphatiques voisins.

De nombreuses pièces présentées à la Société anatomique confirment ce qui précède ; on trouve entre autres, dans ses Bulletins, un fait d'**hypertrophie considérable du pylore** sans ulcération, provenant du service de M. Valleix (1847, p. 83).

Hypertrophie et **induration des parois de l'estomac** dans presque toute leur étendue ; rétrécissement extrême de l'orifice duodénal, dû en partie à un ancien ulcère voisin du pylore (*ibid.,* 1849, p. 35).

L'*ulcère simple* de l'estomac, moins rare qu'on ne le pense, est ordinairement limité à une surface peu étendue ; assez fréquent dans le voisinage du pylore, il a souvent son siége près de la petite courbure. Tantôt ses bords sont minces et médiocrement indurés ; tantôt son pourtour est épais et dense, de manière à former un relief considérable. Dans ces cas, des douleurs plus ou moins vives, des troubles variés de la digestion, sont accompagnés d'exhalations sanguines qui donnent aux vomissements une couleur noirâtre, et la maladie peut être aisément prise pour un cancer ulcéré, surtout si la palpation vient à constater l'existence d'une tumeur sensible à travers les parois abdominales. Et pourtant les symptômes peuvent s'amender et disparaître pour faire place à la santé.

Le rétablissement est encore possible dans le cas même ou l'ulcère, creusant en profondeur, traverse toute l'épaisseur des parois de l'estomac, la perforation se trouvant bouchée par un des organes voisins, et surtout par le pancréas. Mais la santé ne peut se maintenir qu'à la condition d'une bonne hygiène : car, sous l'influence de quelque écart de régime ou d'autres causes, les hémorrhagies peuvent se reproduire et devenir funestes ; ou bien les adhérences

de la perforation peuvent se rompre en un point de leur pourtour, d'où résulte une péritonite promptement mortelle.

L'ulcère simple peut aussi changer de caractère, et constituer un cancer par le dépôt de matière encéphaloïde dans ses parois et dans les ganglions voisins. Plusieurs faits présentés à la Société anatomique démontrent les propositions que nous venons d'émettre.

Ulcère chronique de l'estomac, situé sur la face postérieure, près de la petite courbure; perforation bouchée par le pancréas (*ibid.*, 1851, p. 103).

Les bords de l'ulcère étaient durs, saillants, partiellement un peu fongueux.

Ulcère simple de l'estomac; perforation de ses parois, **bouchée par le pancréas**; rupture d'un point des adhérences; péritonite mortelle (*ibid.*, 1850, p. 151).

L'observation suivante, peut-être unique dans son genre, est un des exemples les plus remarquables d'occlusion de la perforation ulcéreuse de l'estomac, et montre les ressources variées de la nature pour réparer des lésions en apparence incurables.

Ulcère chronique de l'estomac, perforation de la paroi antérieure de ce viscère, **bouchée par l'extrémité inférieure du sternum** (*ibid.*, 1851, p. 69).

Dans ce cas, la guérison était si parfaite, qu'aucun symptôme n'avait fait soupçonner cette lésion pendant la vie.

Cancers de l'estomac.

J'ai communiqué à la Société anatomique un grand nombre de cancers de l'estomac très-variés, tant par leur forme que par leur siége et leur étendue. Après la région pylorique, c'est la petite courbure (et non pas le cardia) que j'ai trouvée le plus souvent envahie par le cancer. Comme forme, c'est tantôt le squirrhe ulcéré avec épaississement et induration des bords et du fond de l'ul-

cère, tantôt le cancer encéphaloïde, mou, pulpeux, et tous les intermédiaires possibles entre les deux formes précitées ; ailleurs le cancer à bords fongueux, très-vascularisé (cancer hématoïde); ailleurs encore, le cancer colloïde ou gélatineux, dont la nature est confirmée par la présence de la matière cancéreuse type dans les ganglions lymphatiques voisins. Cette dernière variété est celle qui le plus souvent occupe une grande étendue de l'estomac, et donne lieu aux épaississements les plus considérables par la distension de ses parois en une infinité de vacuoles remplies de matière gélatineuse demi-concrète.

Je ne mentionne ici qu'un petit nombre d'exemples intéressants par quelque particularité insolite.

Cancer de la petite courbure de l'estomac, avec cancer de la vésicule biliaire et du canal cystique (*ibid.*, 1850, p. 4).

Le siége assez fréquent du cancer à la petite courbure a une assez grande importance clinique, en ce que chez les femmes dont le rebord costal inférieur a été abaissé par l'usage du corset, il n'y a souvent aucune tumeur sensible à la palpation.

C'est ce qui a eu lieu chez notre malade, qui présentait pendant la vie tous les signes rationnels du cancer, et c'est précisément parce que, chez elle, on ne trouvait aucune tumeur, que nous avons diagnostiqué un carcinome de la petite courbure.

Cancer ulcéré du pylore; rétrécissement de l'ouverture duodénale. — Distension extrême de l'estomac (*ibid.*, 1848, p. 348).

L'évacuation des matières contenues étant devenue impossible, l'estomac de plus en plus dilaté formait une poche énorme s'étendant jusque dans la fosse iliaque gauche, se dessinant, pendant la vie, à travers la paroi abdominale antérieure, et donnant lieu, à la percussion, à un *bruit de clapotement* très-remarquable. A l'autopsie, on y trouva trois litres d'une bouillie noirâtre et une petite quantité de gaz.

Cancer encéphaloïde ulcéré **de la face antérieure** de l'estomac (*ibid.*, **1848, p. 365**).

Dans ce cas, les vomissements ont manqué pendant la vie; les deux orifices étaient parfaitement libres.

Cancer ulcéré de la grande courbure de l'estomac, communiquant par une large ouverture avec le colon transverse (*ibid.,* 1852, p. 296).

Dans ce cas encore, le malade ne vomit qu'une fois pendant un séjour de six semaines à l'hôpital; mais il avait une diarrhée abondante et maigrissait rapidement.

Tumeur fibroplastique développée **dans les parois du duodénum** (*ibid.,* 1850, p. 110).

Observation remarquable de **contraction de l'intestin** qui n'avait plus que le volume du petit doigt (*ibid.,* 1851, p. 24).

Ces espèces de coarctations sont très-fréquentes à la suite des colites dysentériques, et donnent lieu à des constipations quelquefois opiniâtres. De là découle la nécessité d'avoir recours, aussitôt après la cessation des dysenteries, à l'emploi des injections liquides destinées à maintenir libre la cavité intestinale.

Raccourcissement de l'intestin.

Cette disposition est fréquente dans l'ascite et dans la péritonite chronique. L'intestin ne présente souvent alors que la moitié de sa longueur normale ; mais les plis transversaux de la membrane muqueuse sont plus rapprochés et se retrouvent bien au delà de leur limite ordinaire (*ibid.,* 1846, p. 28).

Dans un autre cas, l'intestin grêle ne mesurait que dix pieds de la valvule pylorique à la valvule iléo-cœcale; le gros intestin n'avait que trois pieds de long; les valvules conniventes, très-rapprochées dans le duodénum, s'étendaient jusqu'à la valvule iléo-cœcale (*ibid.,* 1851, p. 355).

Hémorrhagie intestinale paraissant dépendre de l'oblitération de la veine mésaraïque par un caillot sanguin.— Cause d'entérorrhagie non signalée, à ma connaissance, et dont jai déjà rencontré plusieurs exemples (*ib.,* 1851, p. 232).

Observation d'**ulcérations tuberculeuses** de la fin **du duodénum et** du commencement **du jéjunum**, formées par de gros ganglions lombaires tuberculeux accolés au tube digestif, et dont plusieurs, en partie ramollis, avaient perforé les parois intestinales (*ibid.*, **1851, p. 49**).

Ce fait, qui nous montre une forme d'ulcérations intestinales non encore décrite, tend à prouver la possibilité de l'évacuation de la matière tuberculeuse des ganglions abdominaux par la cavité de l'intestin.

Ulcérations intestinales de la pellagre. — Caractères spéciaux de cette espèce d'ulcération (*ibid.*, 1851, p. 351).

Observation de **colite chronique**, avec ulcérations multiples, dont plusieurs communiquent par un orifice étroit avec une cavité ulcéreuse du volume d'un gros pois; exemple d'ulcération de la surface interne des follicules muqueux (*ibid.*, **1851, p. 42**).

Hernies stercorales du gros intestin (*Ibid.*, **1851, p. 147**).

Il n'est pas rare (quand l'attention est éveillée sur ce point) de trouver, chez les vieillards, des globes de matières fécales durcies, apparaissant au milieu de selles liquides, après plusieurs jours de diarrhée. Une disposition, que j'ai nombre de fois constatée à la Salpêtrière, rend compte de ce fait, au premier abord si étrange : sur le trajet du colon, on remarque des renflements, des tumeurs arrondies attenant à l'intestin par une large base, quelquefois appendues à ses parois par un pédicule étroit; ces tumeurs sont formées par la dilatation partielle des trois tuniques, en forme de poche communiquant avec la cavité intestinale par un orifice plus ou moins étroit, et elles contiennent des matières fécales solides et dures. On conçoit que, dans certains cas, ces poches ne se vident qu'après une irritation qui réveille les contractions ralenties de l'intestin et en lubréfie les parois.

Observation et présentation de **six tænia** *expulsés à la fois* du corps d'une jeune fille de quatorze ans, par l'administration d'une décoction de 45 grammes d'écorces de racines de grenadier (*ibid.*, **1844, p. 38**).

Cas remarquable d'**ascite et de péritonite cancéreuse** (*ib.*, 1852, p. 261).

Par suite de l'adhérence du colon transverse à la paroi abdominale antérieure, la cavité péritonéale était séparée en deux moitiés, dont la supérieure contenait la plus grande quantité de l'épanchement, et l'épiploon pelotonné en une masse compacte faisait percevoir la sensation d'un corps dur au niveau de l'ombilic.

Altérations rares des replis du péritoine.

Parmi les nombreuses lésions de ce genre que j'ai communiquées à la Société anatomique, je n'en signale qu'un petit nombre :

Étranglement interne du colon transverse par une *bride de l'épiploon* (*ibid.*, 1850, p. 152).

Observation d'**étranglement intestinal** par une *double bride épiploïque* (*ibid.*, 1851, p. 232).

Cancer de l'épiploon.

Le cancer affecte rarement le péritoine d'une manière primitive, et dans ce cas, c'est généralement par l'épiploon que la lésion commence.

Lorsque les feuillets épiploïques s'infiltrent de cancer ou de matière tuberculeuse, le plus ordinairement ils se rétractent de bas en haut, et forment une tumeur transversale que l'on pourrait prendre pour une altération du pancréas (*ibid.*, 1850, p. 5).

Corps fibroïdes, à coque cartilagineuse, trouvés dans le tissu cellulaire **du mésocolon iliaque** (*ibid.*, 1852, p. 55).

Splénite. — Ramollissement de la rate, dont le parenchyme est réduit en une bouillie lie de vin, trouvé chez une femme morte d'une affection organique du cœur (*ibid.*, 1850, p. 109).

Phébolithe de la rate (*ibid.*, 1848, p. 331).

Déformation du foie.

Dans mes études d'anatomie morbide, j'ai rencontré, et soumis à l'appréciation de la Société anatomique, un grand nombre d'altérations de forme de la glande hépatique. J'ai déjà signalé un cas de déformation congénitale où le lobe gauche manquait complétement; ailleurs on voit ce même lobe, démesurément développé, s'étendre jusque dans l'hypochondre gauche, et recouvrir la rate.

D'autres déformations sont les résultats de causes accidentelles, mécaniques ou morbides: ici le foie présente sur la face antérieure et convexe *un ou plusieurs sillons longitudinaux* plus ou moins profonds; là ce même lobe est le siége d'un *sillon transversal* parfois tellement profond, que les deux feuillets antérieur et postérieur de la capsule de Glisson se trouvent à peu près adossés l'un à l'autre (*ibid.*, 1850, p. 335; 1851, p. 69).

Concurremment avec cette dernière dépression, on voit quelquefois le *lobe droit s'étendre jusque vers la fosse iliaque* correspondante, de manière à simuler une tumeur anormale; et dans le cas de cancer hépatique, ce lobe, ainsi allongé, peut former une masse volumineuse qui semble distincte du foie et donne lieu à de grandes difficultés de diagnostic (*ibid.*, 1848, p. 363).

Observation d'**apoplexie du foie**, ou hémorrhagie dans l'épaisseur de ce viscère (*ibid.*, 1851, p. 49).

Cet exemple prouve ce fait, que j'ai maintes fois observé, que les portions du foie qui ont été le siége de ces hémorrhagies prennent, par suite d'une série de modifications, l'aspect des corps caverneux.

État gras du foie.

Cette altération, incomparablement plus fréquente dans la phthisie que dans toute autre maladie, se rencontre assez fréquemment chez des sujets morts de cancer; je l'ai même rencontrée sans autre altération viscérale.

Le foie gras, en même temps qu'il se décolore, perd de sa pesanteur spécifique et peut devenir assez léger pour surnager quand on le plonge dans l'eau (*ibid.*, 1848, p. 314 et 350; 1852, p. 80).

Cancers du foie.

Le plus ordinairement, le cancer du foie se présente sous forme de masses de matière encéphaloïde tantôt fermes, tantôt molles, pulpeuses, plus ou moins vascularisées, et c'est dans ce dernier cas surtout qu'il se fait, au milieu de ces masses, des épanchements sanguins, qui en modifient l'aspect au point de les rendre méconnaissables pour un œil peu exercé, et qui, à mesure qu'elles se décolorent, forment des dépôts de matière jaunâtre que l'on a pris à tort pour des tubercules développés au milieu des cancers. Parmi les cas les plus curieux de carcinome du foie que j'ai communiqués à la Société anatomique, je citerai celui dans lequel de nombreux dépôts encéphaloïdes, accumulés dans la partie inférieure du lobe droit, considérablement allongé, formaient une tumeur qui pouvait paraître complétement indépendante du foie (*ibid.*, 1848, p. 364).

Tubercules du foie.

Autant il est commun de rencontrer le foie graisseux dans la phthisie, autant il est rare d'y trouver des tubercules chez l'adulte. Le plus habituellement encore, on n'y découvre que des granulations demi-transparentes. Dans un cas cependant, j'ai trouvé, dans l'épaisseur du lobe droit, *un tubercule gros comme une noix*, accompagné de plusieurs petits tubercules disséminés dans le tissu hépatique, chez une femme de soixante-quatre ans, ayant de la matière tuberculeuse dans les parois de la poitrine, quelques granulations de même nature dans les poumons, et une infiltration tuberculeuse des ganglions cervicaux, axillaires et lombaires (*ibid.*, 1850, p. 331).

Parmi les altérations du foie les plus insolites que j'ai rencontrées, je citerai un exemple de **matière fibro-calcaire** développée sur la face convexe des deux lobes, sous forme de larges plaques irrégulières, épaisses, constituées par un tissu blanchâtre ferme, partiellement induré, comme les plaques osséo-calcaires de la plèvre (*ibid.*, procès-verbaux du 21 avril 1848).

Maladies de la vésicule biliaire.

Hypertrophie des fibres musculaires de la vésicule du fiel.

On a longtemps méconnu la présence des fibres musculaires dans les parois

de la vésicule, et l'on se trouvait embarrassé pour expliquer l'évacuation de la bile accumulée dans ce réservoir. L'anatomie pathologique démontre la réalité d'un plan musculeux invisible dans l'état normal.

Dès 1839 et 1840, j'ai présenté à la Société anatomique, et déposé au musée Dupuytren, des vésicules dans lesquelles on pouvait constater un développement de fibres musculaires très-évidentes, et formant des faisceaux entrecroisés, comme on le voit dans certaines vessies à colonnes (*ibid.*, 1840, p. 172).

Longtemps cependant les anatomistes ont nié la nature musculeuse de ces fibres, malgré les considérations physiologiques tendant à reconnaître à la vésicule la faculté de se contracter, comme la vessie elle-même (*ibid.*, 1849, p. 35).

Mais de nouveaux exemples que j'ai successivement présentés à la Société anatomique ont levé les doutes qui pouvaient exister encore, et la réalité du plan musculeux de la vésicule biliaire est aujourd'hui généralement reconnue (*ibid.*, 1850, p. 88, et 1851, p. 228).

Hydropisie de la vésicule biliaire.

Qu'un obstacle quelconque, tel qu'une oblitération du canal cystique par une cicatrice, une obstruction de sa cavité par un calcul, une compression de ses parois par une tumeur cancéreuse, etc., empêche l'arrivée de la bile dans la vésicule ; tantôt celle-ci se contracte et se réduit à un noyau de la grosseur d'une cerise ; tantôt elle se dilate et forme une poche considérable, à surface interne blanche, lisse et polie, occupée par un liquide aqueux, incolore, qui n'a plus avec la bile aucune analogie.

La vésicule, ainsi distendue, est alors aisément reconnue pendant la vie, sous forme d'une tumeur ovoïde facile à sentir à travers les parois abdominales (*ibid.*, 1840, p. 172).

Outre les altérations précitées, les *Bulletins de la Société anatomique* renferment un grand nombre d'observations relatives à différentes lésions des voies biliaires.

Dilatation considérable *des canaux et conduits biliaires, par suite de l'obstruction du canal cholédoque* (1848, p. 312).

Dilatation des conduits cholédoques et hépatiques jusque dans l'intérieur du foie, *sans trace d'obstacle au cours de la bile.* — Il est probable qu'un calcul, momentanément arrêté dans le canal cholédoque, avait été expulsé peu de jours avant la mort (1850, p. 4).

Cicatrice à la surface interne *du canal cholédoque* dilaté, démontrant l'existence antérieure d'une ulcération de ce conduit (1851, p. 148).

Oblitération du canal cystique par une cicatrice (1840, p. 172).

Oblitération d'un conduit biliaire dans l'intérieur du foie, avec dilatation considérable de tous les rameaux situés au-delà de l'obstacle, de manière à former de larges cavités contenant plusieurs centaines de calculs du volume d'un grain de millet (1851, p. 227).

Hypertrophie des parois de la vésicule biliaire (1851, p. 228).

Ossification des parois de la vésicule, avec calculs blanchâtres enchatonnés dans ces parois, et faisant corps avec elles. — Observation rare dont on ne trouve aucun exemple dans les auteurs français (1851, p. 90).

Cancer du canal cystique, qui est entièrement oblitéré ;

Cancer de la vésicule biliaire, qui ne contient plus qu'un mucus verdâtre épais (1850, p. 4).

Cancer du mamelon, formé par l'extrémité duodénale du canal cholédoque (1851, p. 232).

Perforation du fond de la vésicule communiquant directement dans le colon transverse (1848, p. 312).

Perforation de la vésicule s'ouvrant dans un foyer purulent qui communique lui-même avec la portion voisine du colon (1851, p. 137).

Vésicule contractée sur plusieurs calculs, et ne formant qu'une masse du volume d'une noisette (1851, p. 146).

Vésicule contractée sur un gros calcul qui en remplit toute la cavité (1852, p. 263).

Calculs biliaires de toutes les formes, de toutes les dimensions, occupant les points les plus variés des voies de la bile.

Calculs uniques ou *multiples libres dans la vésicule* du fiel (1848, p. 354 ; 1851, p. 90 et 228).

Calculs nombreux en partie *libres dans la vésicule*, en partie *retenus dans le col* de ce réservoir (1851, p. 115).

Calcul enchatonné dans le col de la vésicule, et empêchant absolument l'entrée de la bile dans ce réservoir (1851, p. 228).

Calcul enchatonné dans le fond de la vésicule biliaire, et n'ayant plus aucune communication avec le reste de cette poche (1848, p. 354).

Calculs nombreux enchatonnés dans les parois de ce réservoir (1851, p. 25).

Calculs situés en dehors de la vésicule, *dans une cavité accidentelle* limitée par des adhérences fibro-celluleuses, sans trace de communication actuelle avec la cavité vésiculaire (1851, p. 48).

Calculs arrêtés dans le canal cystique (1849, p. 35; 1851, p. 25).

Calculs enchatonnés dans l'extrémité duodénale du canal cholédoque (1848, p. 312).

Calcul assez gros, *libre* et *mobile* dans le trajet des canaux hépatique et cholédoque dilatés (1851, p. 25).

Calculs occupant la vésicule et *plusieurs des principaux conduits hépatiques* dans l'intérieur du foie (1851, p. 147).

Calcul de la grosseur du bout du doigt médius, *engagé dans l'extrémité du canal cholédoque, et faisant saillie dans le duodénum* (1851, p. 137).

Kystes du rein.

Trois sortes de kystes peuvent se rencontrer dans le rein : les kystes urinaires, les kystes séreux et les kystes hydatiques.

Les premiers consistent dans la dilatation plus ou moins considérable des calices par suite de l'oblitération de l'uretère, et renferment une quantité variable d'urine altérée. Les kystes séreux, très-communs, se développent surtout dans l'épaisseur de la couche corticale, et offrent les plus grandes variétés quant à leur nombre, à leur dimension, et à la nature du liquide contenu : ici le rein présente une poche unique du volume d'un œuf (*ibid.*, 1850, p. 110), renfermant un liquide séreux limpide ; là son tissu est criblé d'une infinité de petits kystes contenant tantôt une sérosité limpide (1850, p. 116), tantôt un liquide plus ou moins opaque et consistant.

Les kystes hydatiques sont les plus rares ; en 1849, j'ai présenté à la Société anatomique un rein énorme contenant une acéphalocyste du volume d'un œuf d'autruche.

Altérations des reins dans l'albuminurie.

Ces altérations sont très-différentes selon la durée de la maladie. D'abord gros et congestionnés, les reins sont ensuite de plus en plus anémiés, et s'infiltrent plus tard de petits points blanchâtres opaques (*ibid.*, 1846, p. 27), puis ils diminuent peu à peu de volume, se pénètrent dans quelques cas de granulations jaunâtres, et passent enfin à un état d'atrophie plus ou moins avancé. — Dans les nombreux exemples que j'ai eu occasion d'examiner, j'ai *toujours vu les deux reins malades en même temps*, et à peu de chose près, au même degré; *jamais*, jusqu'à ce jour, je n'y ai trouvé *de pus*. — Sont-ce là les caractères d'une véritable inflammation?

Atrophie des reins.

A mesure qu'un organe s'atrophie, il n'est pas rare de voir une accumulation de graisse se substituer aux tissus normaux.

Dans un cas, la transformation graisseuse était tellement prononcée, qu'il n'existait plus de traces appréciables de la substance du rein (*ibid.,* 1835, p. 68); l'uretère était oblitéré par des calculs.

Dans un autre cas, le rein avait à peine le volume d'une noix, et le tissu rénal atrophié était infiltré de graisse; en même temps qu'il s'était fait un dépôt de substance osséo-calcaire dans le bassinet et dans l'uretère (1851, p. 114).

Pyélite calculeuse.

Plusieurs exemples de ce genre de lésions ont été consignés par moi dans les *Bulletins de la Société anatomique* (1850, p. 153; 1851, p. 37). Le dernier fait est remarquable par le dépôt d'une couche considérable de graisse autour du rein atrophié, et par la présence dans ses cavités dilatées d'un énorme calcul urinaire.

Déplacements des viscères abdominaux.

Les viscères, déplacés dans la cavité péritonéale, sont tantôt encore mobiles, ou partiellement arrêtés par une bride plus ou moins lâche; d'autres fois, maintenus fixement par des adhérences solides et serrées.

Un des exemples les plus remarquables de cette dernière espèce consiste dans l'*adhérence au niveau de l'ombilic d'un paquet intestinal, du fond de l'utérus et du sommet de la vessie*, observée chez une femme de soixante et seize ans. On conçoit les difficultés que de semblables dispositions peuvent faire naître pour le diagnostic des tumeurs abdominales (*ibid.*, 1851, p. 136).

Ulcérations vaginales syphilitiques, avec perforation de la vessie, du rectum, fistules périnéales; carie de l'os frontal pénétrant jusque dans la cavité crânienne (*ibid.*, 1848, p. 313).

Oblitérations vaginales.

Il n'est pas rare, chez les femmes âgées, de rencontrer des oblitérations du vagin par adhérence de ses parois au devant du col utérin. Tantôt il reste encore un petit canal perméable (*ibid.*, 1851, p. 147), tantôt l'oblitération est complète. Dans ce dernier cas surtout, la cavité utérine est quelquefois distendue par une accumulation de mucus puriforme, d'où peuvent résulter des accidents difficiles à bien apprécier (*ibid.*, p. 160).

Engorgement hypertrophique de l'utérus.

Après avoir été considérées comme très-fréquentes, ces altérations ont été plus tard presque révoquées en doute. Dans le 7e bulletin de la Société anatomique (1847), j'ai consigné l'exemple d'une matrice qui avait 12 centimètres de longueur, sur 6 dans sa plus grande largeur.

Cancers de l'utérus.

Sur un nombre très-considérable de carcinomes de l'utérus que j'ai eu occasion d'examiner (quels qu'en fussent d'ailleurs le degré et la forme), ulcères commençants, ou destructions profondes, aspect grisâtre et sanieux ou gangréneux et noirâtre, fongosités encéphaloïdes avec cancers disséminés, ou infiltration d'une matière blanche, mais pulpeuse, sans altération cancéreuse des ganglions voisins (1848, p. 331), dans aucun cas, jusqu'à ce jour, je n'ai vu le le cancer primitif de la matrice commencer par un autre point que par le col. C'est là son lieu d'élection; c'est de là qu'il s'étend vers le corps de l'uté-

rus, en s'élevant généralement plus haut dans la cavité qu'à la surface externe de ce viscère. Aussi, nombre de fois déjà, cette loi d'anatomie pathologique m'a servi pour écarter l'idée d'un cancer chez des femmes ayant des pertes sanguines, un teint cachectique, des bosselures dans les parois utérines, si le toucher me faisait constater l'intégrité du col.

Corps fibreux de l'utérus.

J'ai présenté à la Société anatomique, et ses bulletins mentionnent une nombreuse série de tumeurs fibreuses les plus variées : uniques ou multiples (1848, p. 313), depuis le volume d'un pois jusqu'à celui d'une tête d'adulte (1851, p. 29); placées au centre de l'une ou de l'autre paroi de l'utérus, faisant saillie dans sa cavité sous forme de polype (1850, p. 82), ou appendues à sa surface externe par un mince pédicule (1850, p. 5, n° 5), plus ou moins pénétrées de vaisseaux (1851, p. 29), d'une certaine mollesse élastique, ou devenues fermes et dures par le dépôt d'une matière calcaire (1848, p. 279), le plus souvent pleines, solides dans toutes leurs parties, quelquefois ramollies à leur centre, et creusées de cavités qui contiennent soit des épanchements sanguins, soit une matière gélatineuse demi-concrète ou fluide.

Dans un cas très-remarquable, j'ai trouvé au centre d'une tumeur fibreuse, du volume d'une énorme pastèque, une cavité renfermant jusqu'à 3 litres d'un liquide citrin albumineux (1852, p. 55).

L'ovaire est bien plus rarement que l'utérus le siége de semblables productions morbides ; cependant j'ai rencontré un exemple remarquable de **tumeur fibreuse de l'ovaire**, ayant le volume d'une petite orange (*ibid.*, 1848, p. 280).

Kystes de l'ovaire (*ibid.*, 1849, p. 323 et 329).

De ces deux cas, le premier était remarquable par la déformation qu'il avait fait subir à l'utérus ; le second avait ceci de particulier, que l'une des poches dont il était composé renfermait une grande quantité de cholestérine.

Kystes séreux du ligament large, développés dans les conduits **du corps de Wolf** (*ibid.*, 1851, p. 69, 91 et 115).

Membrane caduque de l'utérus.

La caduque est-elle une membrane de nouvelle formation ? — Est-ce la membrane muqueuse utérine elle-même qui se détache du tissu musculeux ? — Une pièce remarquable communiquée à la Société anatomique est de nature à jeter quelque jour sur cette question d'embryologie encore très-diversement envisagée (*ibid.*, 1852, p. 78).

PARIS. — RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.